

Distrito Escolar
2004-2005

SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Complete, firme y envíe de regreso este formulario a la escuela. Lea cuidadosamente las instrucciones. Llame a la escuela si necesita ayuda para completar este formulario.

1. NOMBRE DEL NIÑO

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
Grado	Aula	Escuela

2. ¿Está el niño bajo la responsabilidad legal de un tribunal ("foster child")? (Lea las instrucciones) Si el niño esta bajo la responsabilidad legal de un tribunal ("foster child") marque aquí y escriba la cantidad que el niño recibe mensualmente: \$ _____. Escriba "0" si el niño no recibe dinero. Continúe en la sección #5.

3. ¿Recibe el niño cupones de comida o participa en el Programa TANF? Indique el número de historial. **NO complete la sección #4. Continúe en la sección #5.**

Número de historial de los cupones de comida: _____ Número de historial del Programa TANF #: _____

4. **PARA OTROS HOGARES:** (Sólo complete esta parte si es que usted no completó la sección #2 o la sección #3) Liste todas las personas que viven en su hogar, incluyendo al niño ya nombrado. Incluya todos los ingresos económicos. Continúe en la sección #5.

NOMBRES de las personas que viven en la casa (incluya el nombre del niño ya mencionado)	Edad	INGRESOS MENSUALES del trabajo antes de descontar impuestos, etc., subsidio de huelga, subsidios de desempleo o seguro de accidentes de trabajo		INGRESOS MENSUALES por beneficios sociales, pensión para los niños o pensión alimenticia	INGRESOS MENSUALES por pensiones, jubilaciones o pagos del Servicio Social	INGRESOS MENSUALES por cualquier otra razón
		Trabajo 1	Trabajo 2			
1.		\$	\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$	\$
3.		\$	\$	\$	\$	\$
4.		\$	\$	\$	\$	\$
5.		\$	\$	\$	\$	\$
6.		\$	\$	\$	\$	\$
7.		\$	\$	\$	\$	\$

5. **IDENTIDAD RACIAL:** No es necesario que usted responda a esta parte. Si usted desea hacerlo, marque el o los cuadros correspondientes:
 Indio norteamericano/nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Blanco
IDENTIDAD ÉTNICA: Marque solamente uno de los cuadros correspondientes: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino

6 **OTROS BENEFICIOS:** Medicaid y Seguro de Salud: El niño puede tener derecho a otros beneficios. La escuela está autorizada a dar a conocer la información que se encuentra en esta solicitud a Medicaid y al Programa de seguro médico de salud infantil de Virginia. Si usted no quiere dar a conocer esta información, usted debe indicarlo marcando **NO** en el cuadro correspondiente. Cualquier decisión que usted tome no afectará la elegibilidad del niño para recibir comida gratis o a precio reducido.
 NO. Yo no quiero que los funcionarios escolares den a conocer la información que obtienen por medio de la solicitud de comida gratis o a precio reducido con Medicaid o con el Programa de seguro médico de salud infantil de Virginia.

7. **FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Para que esta solicitud sea aprobada debe estar firmada por un adulto del hogar. **PENALIDADES POR FALSIFICACIÓN:** Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta y que el número de historial de los cupones de comida o de "TANF" es correcto y que todos los ingresos económicos han sido declarados. Me doy por enterado que la información incluida en esta solicitud es para recibir fondos federales, que oficiales de las instituciones pueden verificar la exactitud de la información y que falsificación deliberada de la información puede hacerme pasible de ser procesado judicialmente de acuerdo a lo establecido en leyes federales o estatales.

Firma de un adulto del hogar	Número de Seguro Social del adulto que ha firmado	Fecha
------------------------------	---	-------

Domicilio: _____ Código postal ZIP _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

For School Use Only – Do Not Write Below This Line – Para uso de la escuela – No escriba debajo de esta línea					
Household Size: _____	Monthly Income: _____	Monthly Income Conversion: _____	(Weekly X 4.33)	(BI-weekly X 2.15)	(Twice/ Month X 2)
		<input type="checkbox"/> Food Stamp Household	<input type="checkbox"/> TANF		
Transferred (Date): _____	To: _____	Withdrawn (Date): _____			
Eligibility Determination:	<input type="checkbox"/> Approved Free	<input type="checkbox"/> Approved Reduced	<input type="checkbox"/> Temporary, Expires _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Denied Reason: _____	<input type="checkbox"/> Income Too High		<input type="checkbox"/> Incomplete	
Date Approval/Denial notice sent to parent/guardian: _____			Date: _____		
Signature of Determining Official: _____			Date: _____		
Date Selected for Verification: _____		Response Due: _____		Notice of Results Sent: _____	
Results:	<input type="checkbox"/> No Change	<input type="checkbox"/> Free to Reduced	<input type="checkbox"/> Free to Paid	<input type="checkbox"/> Reduced to Free	<input type="checkbox"/> Reduced to Paid
Reason for Change:	<input type="checkbox"/> Income	<input type="checkbox"/> Household Size	<input type="checkbox"/> Refused to Cooperate	<input type="checkbox"/> Change in Food Stamps/TANF	
Verifying Official's Signature: _____			Date: _____		

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO PARA UN ALUMNO

Para solicitar comida gratis o a precio reducido, usted debe completar una solicitud para cada uno de los niños siguiendo las siguientes instrucciones. Firme la solicitud y envíela de regreso a la escuela. Si necesita ayuda llame a la escuela: _____

1ª PARTE – INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO: TODOS DEBEN COMPLETAR LA 1ª PARTE.

1. Escriba el nombre del niño para quien se está solicitando un beneficio.
2. Indique el grado que cursa y el nombre de la escuela.

2ª PARTE – QUIENES TENGAN A SU CARGO UN NIÑO CUYA RESPONSABILIDAD LEGAL CORRESPONDE A UN TRIBUNAL (“FOSTER CHILD”) DEBEN COMPLETAR LA 2ª, 5ª, 6ª Y 7ª PARTE.

Un “foster child” es un niño cuya responsabilidad corresponde a un tribunal o a una agencia de bienestar social.

1. Indique el dinero que mensualmente recibe el niño para “uso personal”. \$ _____. Escriba “0” si el niño no recibe dinero para “uso personal”. No complete la 4ª parte. No es necesario incluir los nombres de otros niños o de las personas que viven en la casa ni tampoco los ingresos.
2. Un adulto autorizado (“foster parent”) o un representante oficial del niño debe firmar la solicitud en la 7ª parte.

El dinero que se entrega para “uso personal” de un niño es (a) la cantidad determinada por funcionarios de la oficina de bienestar social para ciertas categorías de uso personal, por ejemplo: ropas, matrícula de una escuela y estipendios y (b) la cantidad que un niño recibe de su familia o el dinero que gana trabajando a tiempo parcial o completo.

3ª PARTE – LOS HOGARES QUE RECIBEN CUPONES PARA COMIDA Y PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS DE VIRGINIA (TANF) DEBEN COMPLETAR LA 3ª Y LA 5ª, 6ª Y 7ª PARTE.

1. Liste el número de historial de los cupones para comida o del Programa TANF para el niño. El número se indica en la carta donde se le notificó que aprobaron los beneficios.
2. Firme la solicitud en la 7ª parte. Un adulto del hogar debe firmar la 7ª parte. No complete la 4ª parte. Si es que se indica un número de historial de los cupones para comida o del Programa TANF para un niño, no es necesario indicar los nombres de las personas que viven en la casa o sus ingresos.

4ª PARTE – TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA 4ª, 5ª, 6ª Y 7ª PARTE.

1. Escriba los nombres de todas las personas que viven en la casa, ya sea que tengan ingresos económicos o no. Inclúyase a usted mismo, al niño que solicita beneficios, todos los otros niños, su esposo o esposa, abuelos y otras personas que viven en la casa, ya sean parientes o no. Si necesita más espacio para escribir los nombres, use otra hoja de papel.
2. Escriba la cantidad de dinero que recibe cada persona que vive en la casa recibió todo el mes pasado. Escriba la cantidad antes de descontarle los impuestos y otras deducciones e indique de dónde reciben estos ingresos ya sea como sueldos, beneficios sociales, pensiones o provenientes de cualquier otra parte. Si la cantidad recibida durante el mes pasado fue mucho mayor o mucho menor a lo que normalmente recibe, escriba la cantidad que la persona recibe usualmente.
3. Uno de los adultos que vive en el hogar debe firmar la solicitud en la 7ª parte indicando, además, su número de Seguro Social.

Para calcular los ingresos mensuales calcule: (ingreso semanal x 4,33) (ingreso cada 2 semanas x 2,15) (ingreso 2 veces al mes x 2)

5ª PARTE – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL:

Si desea hacerlo, complete las preguntas sobre su identidad étnica o racial. No es necesario que usted responda a esta parte para recibir beneficios. La información nos ayuda a asegurarnos que cada persona es tratada equitativamente.

6ª PARTE – OTROS BENEFICIOS: Usted puede tener derecho a otros beneficios. Lea la 6ª parte de esta solicitud. Si sólo desea recibir comida gratis o a precio reducido no es obligatorio que complete esta parte.

7ª PARTE – FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS DEBEN COMPLETAR LA 7ª PARTE.

1. Todas las solicitudes deben estar firmadas por un adulto que vive en la casa.
2. La solicitud debe incluir el número de Seguro Social del adulto que ha firmado la solicitud. Si el adulto no tiene número de Seguro Social, escriba “NONE.”. Si usted ha listado el número de historial de los cupones para comida o del Programa TANF para cada niño o si usted solicita beneficios para un niño cuya responsabilidad corresponde a un tribunal o agencia, no se necesita poner el número de Seguro Social.

Disposiciones de la Ley de Privacidad A menos que usted indique el número de historial de los cupones de comida o del Programa TANF, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares establece que es necesario poner el número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud o se debe indicar que dicha persona no tiene número de Seguro Social. No es obligatorio poner un número de Seguro Social, pero si usted no lo pone o el adulto que vive en la casa no indica que no tiene número de Seguro Social, no será posible aprobar la solicitud. El número del Seguro Social puede ser utilizado para verificar si es correcta la información presentada por el adulto que firma la solicitud. Esto puede incluir evaluación de programas, auditorías e investigaciones y, además puede incluir contacto con: los empleadores con el fin de verificar los ingresos; oficinas de cupones para comida o del Programa TANF con el fin de verificar la situación actual del historia; con oficinas del servicio estatal de desempleo con el fin de verificar el monto de los beneficios recibidos y examinar toda documentación presentada por el adulto que firmó la solicitud con el fin de verificar los ingresos recibidos. Consecuentemente, si se ha presentado información incorrecta, podría haber lugar a una pérdida parcial o total de los beneficios, reclamos administrativos o acciones judiciales. El número de Seguro Social también puede ser dado a conocer a otros programas de acuerdo con los autorizado por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares, el Contralor General de los Estados Unidos y a las autoridades judiciales o policiales con el propósito de investigar infracciones a programas de salud, nutrición o educación del gobierno federal, estatal o local.

INGRESOS QUE SE DEBEN DECLARAR

<p><u>Ingresos salariales</u> Sueldos, salarios, propinas Subsidio de huelga Subsidio de desempleo Seguro de accidentes de trabajo Ingresos netos de su propio trabajo, empresa o granja</p> <p><u>Ingresos por beneficios sociales, pensión para los niños o pensión alimenticia</u> Pagos recibidos del gobierno como ayuda social Ingresos por beneficios sociales, pensión alimenticia o pensión para los niños</p>	<p><u>Pensiones / Jubilaciones / Seguridad Social</u> Pensiones Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Jubilaciones Pensión militar Inversiones de Seguridad Social</p>	<p><u>Otros ingresos</u> Beneficios por discapacidad Dinero retirado de la cuenta de ahorros Intereses, dividendos Ingresos de herencias o fideicomisos Contribuciones regulares de personas que no viven en la casa Regalías, anualidades, ingresos netos por alquileres</p> <p>Cualquier otra clase de ingresos</p>
--	--	---

De acuerdo con lo establecido por las leyes federales y los reglamentos del Departamento de Agricultura, esta institución tiene prohibido discriminar basándose en la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si usted desea presentar una queja, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame a (202) 720-5964 (Teléfono para servicio común y TDD). El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos es un proveedor y empleador imparcial.